

All'Ordine Prov.le dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
P.le Boschetti, 8
41121 Modena

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto.....

Nato il a

Iscritto : Albo Medici Chirurghi Albo Odontoiatri

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000)

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver conseguito quanto segue:

1. SPECIALITA'

Università

voto suLode [] S / N in **data**

2. SPECIALITA'

Università

voto suLode [] S / N in **data**

3. SPECIALITA'

Università

voto suLode [] S / N in **data**

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

La pubblicazione dei titoli nell'Albo professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

.....,/...../.....

Firma

.....

Dichiarazione sostitutiva titoli in carta libera

Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso alla privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.

CONSENSO PRIVACY

Informativa ai sensi art. 13 D. Lsg. 196/2003.

In conformità al disposto dell' art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati nel rispetto delle idonee misure di sicurezza per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici e Enti previdenziali (nell'ambito dello svolgimento dell'attività ordinistica);

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena
Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell' art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all' art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.
Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

....., / /

Firma

- INVIO PER POSTA, PER FAX, E-MAIL
Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).
- PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO DELL'ORDINE
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig. _____
.....
(firma del dipendente addetto)

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

C.P. 380 Modena Centro - P.le Boschetti n. 8 – 41121 MODENA

- tel. 059/247711 - Fax 059/247719
- e.mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it
- PEC : ordine.mo@pec.omceo.it
- www.ordinemedicimodena.it